

399

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1895

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 11 juillet 1895, à 1 heure

Par GASTON COMAR

Né à Paris, le 11 janvier 1867

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES TROUBLES URINAIRES

DANS LE

PROLAPSUS VAGINO-UTÉRIN

Président : M. GUYON, professeur.

Juges : MM. BERGER, professeur.
SCHWARTZ, NÉLATON, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, Rue Racine 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

— THÈSE —

N° —

POUR

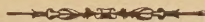
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 11 juillet 1895, à 1 heure

Par GASTON COMAR

Né à Paris, le 11 janvier 1867

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES TROUBLES URINAIRES
DANS LE
PROLAPSUS VAGINO-UTÉRIN



Président : M. GUYON, professeur.

Juges : MM. { BERGER, professeur.
 { SCHWARTZ, NÉLATON, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1895

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Boyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie.	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Pharmacologie.	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.	LANDOUZY.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale.	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULENNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

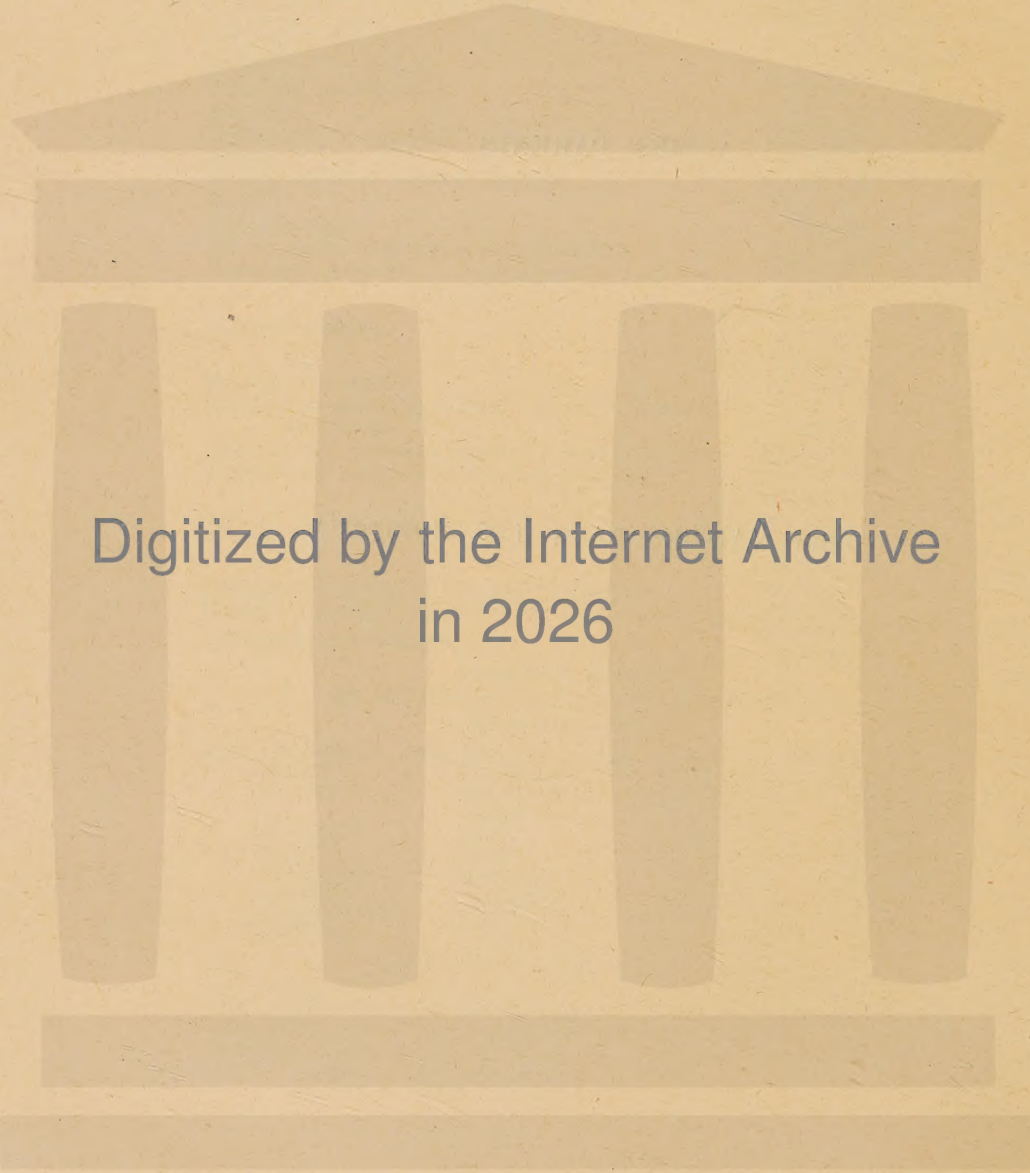
MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	F UONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MENEPIER	S HWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILEAU
BRISAUD	GLEY	NETTER.	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	REITTERER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553826_0013

AVANT-PROPOS

C'est pour nous un devoir bien doux à remplir, que de remercier au début de ces quelques pages tous les maîtres éminents qui nous ont guidé dans le cours de nos études médicales.

Tous ceux qui ont le bonheur de connaître M. Rigal savent combien il est agréable de pouvoir se dire l'élève d'un tel maître, c'est avec lui que nous avons commencé nos études de médecine, nous avons été ensuite externe dans son service à l'hôpital Necker et nous lui serons toujours reconnaissant des bons conseils qu'il nous a donnés et de l'amitié qu'il nous a témoignée.

C'est avec MM. Terrillon et Pérrier que nous avons appris la chirurgie ; que tous deux nous permettent de leur exprimer ici nos remerciements pour les bonnes leçons qu'ils nous ont données et la bienveillance avec laquelle ils nous ont accueilli dans leurs services.

Nous sommes heureux de remercier aussi et d'assurer de tout notre dévouement nos excellents

maîtres, M. Letulle avec qui nous avons passé à Saint-Antoine une des meilleures années de nos études médicales et M. Tenneson qui nous a appris à connaître les affections de la peau et nous a fait trouver un si vif intérêt à une étude aride pour beaucoup d'autres.

Nous rappellerons ici le souvenir de notre cher maître, le D^r Legroux, chez qui nous avons étudié les maladies des enfants. Tous ceux qui l'ont connu l'ont regretté comme nous.

Nous avons enfin été l'élève de M. Doléris dans son service d'accouchements, à la Pitié, et c'est avec un vif regret que nous avons quitté cet excellent maître plus tôt que nous ne l'aurions voulu.

Nous exprimerons aussi notre profonde gratitude à MM. Vidal, Variot, Chaput, Picqué et Legendre que nous avons eu la bonne fortune de rencontrer dans les différents services où nous avons été externe.

Enfin nous adressons nos remerciements les plus sincères à notre éminent maître M. le professeur Guyon dans le service de qui nous avons fait notre thèse et qui nous a fait l'honneur d'en accepter la présidence.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES TROUBLES URINAIRES

Dans le prolapsus vagino-utérin

INTRODUCTION

Les prolapsus utérins et vaginaux ont été décrits depuis longtemps dans tous leurs détails, ainsi que la plupart des troubles urinaires qui les accompagnent.

Aussi notre intention n'est-elle pas de reprendre en détail la description de ces troubles. Nous avons seulement voulu, dans ce modeste travail, réunir en une description d'ensemble tous les troubles urinaires qui ont été déjà décrits par divers auteurs, et insister particulièrement sur certaines formes frustes qui n'ont été que men-

tionnées et qui peuvent souvent donner lieu à des erreurs de diagnostic.

Après quelques lignes de généralités sur les prolapsus, nous parlerons donc successivement des troubles urinaires qui s'y rencontrent et des symptômes qui permettent de diagnostiquer leur origine, puis nous dirons quelques mots de leur traitement en général.

Le prolapsus utérin est rarement primitif, presque toujours il survient à la suite d'un prolapsus vaginal.

Tantôt, c'est la paroi antérieure du vagin, tantôt la postérieure, ou même les deux à la fois qui, se déplissant, attirent avec elles la matrice sur laquelle elles viennent s'insérer. Lorsque les ligaments de l'utérus ont conservé une solidité suffisante, cet organe résiste, et dans ce cas, on observe souvent une hypertrophie du col qui apparaît à la vulve, alors que le fond est à son niveau normal. Les troubles urinaires observés dans ces cas sont les mêmes que ceux qui se rencontrent dans le prolapsus proprement dit. Nous n'avons pas à parler ici des causes de ce prolapsus vaginal, qu'il survienne à la suite d'accouchements répétés, ou de déchirure du périnée, ou même après un seul accouchement, quand la femme s'est levée trop tôt, ou encore qu'il soit d'origine neurasthénique, comme on peut le rencontrer dans certains cas de ptose généralisée des viscères.

Nous signalerons cependant une cause en parti-

culier, car elle rentre dans le sujet que nous nous sommes proposé de traiter, nous voulons parler de la réplétion exagérée et permanente de la vessie qui se rencontre souvent chez les femmes, et qui, ayant pour conséquence de rejeter l'utérus en arrière, contribue à le placer dans l'axe du vagin et par suite à faciliter son prolapsus.

Dans les prolapsus vaginaux c'est presque toujours la paroi antérieure qui descend la première, la paroi postérieure en effet reposant sur le plancher périnéal est maintenue quand celui-ci est intact. Ce glissement de la paroi antérieure est presque toujours suivi de celui de la paroi postérieure de la vessie prolabée, ce qui explique la fréquence des troubles urinaires.

Cependant, disons-le tout de suite, on peut dans certains cas trouver le col utérin à l'orifice vaginal sans qu'il existe aucun trouble de la miction, ainsi dans les cas d'hypertrophie du segment inférieur du col tel que le comprend Schröder : cet auteur, on le sait, divise le col en trois segments, qui peuvent s'hypertrophier séparément. Le segment inférieur étant situé tout entier au-dessous de l'insertion vaginale et par conséquent n'ayant aucun rapport avec la vessie, peut s'hypertrophier sans donner lieu à aucun trouble vésical. Mais à part ces cas très rares les troubles urinaires sont presque la règle dans le prolapsus utéro-vaginal et nous allons les passer successivement en revue, en insistant spécialement, ainsi que nous l'avons dit au début

de ce travail, sur ceux qui n'ont été que mentionnés par les auteurs que nous avons pu consulter, et sur certaines formes frustes qui nous ont paru intéressantes à décrire.

C'est après avoir suivi pendant plusieurs mois les intéressantes cliniques de M. le professeur Guyon, que nous avons entrepris cette étude et nous sommes heureux de remercier ici M. le Dr Reblaut qui nous a donné l'idée de ce travail, nous faisant remarquer avec juste raison combien M. Guyon attirait l'attention de ses élèves sur ces troubles urinaires qui accompagnent les prolapsus vagino-utérins.

DÉFORMATION DE LA VESSIE ET CHANGE-
MENT DE DIRECTION DE L'URÈTHRE. —
MODIFICATIONS DES RAPPORTS DE LA
VESSIE. COMPRESSION DES URETÈRES.
ULCÉRATIONS DE LA VESSIE.

L'urèthre au lieu de s'incliner de haut en bas et d'arrière en avant comme à l'état normal présente parfois dans les prolapsus des inflexions plus ou moins prononcées, il décrit une courbe à concavité supérieure et regardant en arrière et est surtout fortement fléchi dans le point où il traverse le ligament sous-pubien et le muscle de Wilson. Cette concavité de l'urèthre tournée en sens inverse de la normale est la règle dans les cas de cystocèle, on s'en aperçoit quand on veut sonder les malades, le pavillon de la sonde doit alors être très relevé si on veut vider tout à fait la vessie, il est même quelquefois impossible de le vider complètement.

La vessie qui adhère à la partie supérieure du

vagin et à la partie inférieure de l'utérus se trouve entraînée et souvent même déformée, elle peut alors présenter un véritable diverticule constituant ainsi avec la poche principale une sorte de vessie en bissac. Dans certains cas, comme le fait remarquer Schröder, dans les cas d'allongement hypertrophique par exemple, l'augmentation du col comprime ce diverticule vésical, ses deux parois sont en contact serrées à tel point contre le bord inférieur du pubis que l'urine ne peut venir s'y loger et quand on a pu faire pénétrer la sonde dans ce réservoir secondaire, ce qui n'a lieu que très difficilement, il ne s'écoule que peu ou pas d'urine. Mais dans d'autres cas au moment de la miction l'urine reste dans ce diverticule et peut par sa stagnation prolongée causer du catarrhe vésical et amener la formation de calculs comme nous le verrons tout à l'heure.

A côté de ces cas où la vessie se trouve, soit déplacée, soit modifiée dans sa forme, nous devons en signaler d'autres où les rapports de la vessie se sont trouvés changés.

Généralement la vessie entraînée par l'utérus dans le prolapsus de cet organe conserve ses rapports avec lui, mais il peut arriver que l'utérus glisse derrière la vessie, celle-ci restant fixée dans sa situation normale, il y a alors un changement de rapports qui doit être présent à l'esprit du chirurgien s'il veut éviter de blesser la vessie (1).

1. Condamin. *Lyon Médical*, 1893.

COMPRESSION ET DILATATION DES URETÈRES. CAPACITÉ DE LA VESSIE

Par suite de ces modifications dans la forme et la situation de la vessie, les uretères peuvent se trouver comprimés à leur partie inférieure.

Cette compression peut quelquefois déterminer la dilatation de ces conduits, dilatation pouvant remonter plus ou moins haut, et causer, comme cela a été déjà signalé, des hydronéphroses. Mais peut-être dans ces cas assez rares devait-on incriminer un état général de relâchement des ligaments qui en même temps que le prolapsus, aurait causé un abaissement des reins avec coudure des uretères amenant l'hydronéphrose consécutive. Quoiqu'il en soit cette compression des uretères a été quelquefois assez prolongée et assez sérieuse pour déterminer des accidents d'urémie, accidents pouvant s'expliquer par le seul fait de la compression et aussi par des lésions de néphrite concomitante consécutive à la dilatation des conduits urétériers. Pour

Perré(1) cette dilatation des uretères et du bassinot existerait toujours.

Les uretères seraient même souvent lésés dès le début du prolapsus, en effet venant s'ouvrir dans le bas-fond de la vessie lequel est le premier hernié, ils subiraient des tiraillements qui amèneraient consécutivement un abaissement des reins (2).

Capacité de la vessie. — Enfin nous devons dire quelques mots de la capacité de la vessie. Les recherches faites jusqu'ici n'ont pas donné de résultats bien probants. En effet tandis que pour les uns (Perré, Barnes) la capacité de la vessie est toujours augmentée, pour d'autres elle n'est pas modifiée (Courty, de Sinety), d'autres, enfin, disent qu'elle est très atrophiée. Dans un cas cité par MM. Duplay et Chaput où l'autopsie a été faite la vessie ne contenait que 130 grammes de liquide. Ces mêmes auteurs sur 28 cas observés l'ont trouvée 11 fois diminuée et 17 fois augmentée, cette augmentation de la capacité du réservoir vésical contribuerait même souvent à augmenter le prolapsus utérin. Ces divergences dans l'évaluation de la capacité vésicale ne nous étonnent nullement si nous songeons, comme l'a fort bien démontré M. le professeur Guyon, que « la vessie n'a pas de capacité anatomique, mais qu'elle n'a qu'une capacité physiologique » qui naturellement

1. *Progrès médical*, 1884, p. 22.

2. Duplay et Chaput. *Archives générales de médecine*, 1889.

est aussi variable chez les femmes atteintes de prolapsus que chez celles qui en sont indemnes.

Avant d'arriver à l'étude des troubles urinaires plus importants, nous mentionnerons encore quelques phénomènes que l'on peut observer dans le cours des prolapsus, nous voulons parler des *ulcérations de la vessie*. Lorsqu'en effet il y a prolapsus complet, la paroi vaginale attirée au dehors entre les cuisses, peut s'ulcérer et les ulcérations s'étendre à la vessie, on a même signalé quelques cas de perforation consécutive de la vessie.

Enfin nous ne citerons que pour mémoire le *prolapsus de la muqueuse uréthrale et l'uréthrocèle*. Celle-ci est formée par la dilatation de l'urèthre, la vessie pouvant rester indemne. On trouve alors une saillie généralement peu grosse située entre la paroi supérieure du vagin et l'urèthre.

CYSTOCÈLE

Nous n'avons pas l'intention de décrire ici longuement la cystocèle dont la description a été faite par tous les auteurs et qui est signalée partout comme la principale complication du prolapsus. Nous en parlerons rapidement d'une façon générale n'insistant que sur quelques particularités.

La cystocèle et les troubles graves de la miction ont été en effet souvent décrits dans le prolapsus, mais il existe des formes frustes, avec peu de cystocèle et ces formes frustes, sur lesquelles nous avons entendu souvent M. le professeur Guyon insister, se rencontrent surtout dans des cas de prolapsus peu apparent, et peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic, d'autant plus que les troubles de la miction ne sont pas toujours en rapport avec le degré de cystocèle ; des cystocèles à peine apparentes pourront quelquefois donner lieu à des troubles urinaires très accentués, comme nous en avons rencontré deux cas dont nous

donnons les observations. Dans ces cas on n'observe qu'une cystocèle très légère qui ne se dessine qu'en faisant tousser la malade, ou lorsqu'elle fait un effort quelconque.

A part ces cas qui, nous le répétons, sont assez rares, la cystocèle véritable est presque la règle dans le prolapsus utéro-vaginal. MM. Duplay et Chaput l'ont rencontrée 33 fois sur 37 cas de prolapsus. Souvent même c'est la cystocèle qui constitue la première phase de la maladie ; en même temps que l'invagination vaginale elle précède la chute de l'utérus au lieu de la compliquer.

Généralement ce n'est pas la vessie en totalité qui s'abaisse, c'est d'abord sa paroi inférieure. L'organe se présente sous la forme d'un bissac, une partie se développe en haut pouvant s'étendre non-seulement au-dessus mais même en arrière de l'utérus lorsque celui-ci est descendu assez bas, et une partie inférieure qui est entraînée par le vagin et descend attirée par sa paroi supérieure en avant du col utérin. Cette poche inférieure se dilatant, contribue à augmenter la sensation de gêne et de pesanteur que les malades ressentent dans le bas-ventre, et on conçoit facilement que cette dilatation puisse envahir secondairement les uretères ainsi que nous l'avons mentionné plus haut.

Cette cystocèle se traduit par des besoins fréquents d'uriner suivis de sensations douloureuses, souvent des sensations de brûlures, avec tenesme vésical. On sait que ces malades racontent elles-

mêmes les positions quelquefois bizarres qu'elles doivent prendre pour uriner, obligées souvent de presser directement sur la saillie que fait leur vessie dans l'intérieur du canal vaginal, d'après plusieurs auteurs ce sont ces efforts et ces causes d'irritation souvent répétés qui amèneraient chez les malades des excroissances fongueuses de l'urèthre ou les petits polypes du méat comme nous en avons rencontré un cas. Naturellement ces excroissances et ces polypes contribuent encore à augmenter la gêne éprouvée par les malades.

CYSTITE. CALCULS VÉSICAUX

La cystite du bas fond vésical se produit sous l'influence de la stagnation de l'urine dans les diverticules dont nous avons parlé à propos de la cystocèle. Cette cystite est accompagnée d'épaississement des parois de la vessie et quelquefois de fungus. Elle se traduit par des besoins d'uriner fréquents, l'urine ne s'écoule qu'en bavant et souillant les parties qui font saillie hors de la vulve quand il y a prolapsus total, elle produit ainsi les ulcérations qu'on peut rencontrer sur la muqueuse vaginale retournée. Dans ces cas l'urine est trouble et filante, elle a quelquefois une odeur infecte, la muqueuse vésicale devient en effet le siège d'une sécrétion purulente. Mais ces cas sont très rares, la cystite n'est pas une des complications habituelles du prolapsus et d'après certains auteurs elle ne se rencontrerait que dans les cas où on trouve des calculs de la vessie, c'est pourquoi nous avons placée dans le même paragraphe la cystite et les

calculs, ces deux complications marchant souvent ensemble.

L'urine dans la cystite contient beaucoup de phosphates, pour certains auteurs c'est en effet la gravelle phosphatique qui se rencontrerait le plus souvent chez la femme, la difficulté de la miction dans le prolapsus et la stagnation de l'urine dans le bas fond vésical favorisant la formation des dépôts phosphatiques. Mais ces dépôts ne sont pas les seuls qu'on peut rencontrer. Les calculs d'acide urique coïncident aussi avec le prolapsus. Ces dépôts sont sans doute aussi fréquents chez la femme que chez l'homme, mais ils sont généralement rejetés avant d'avoir pu se fixer dans la vessie, tandis que dans les cas de prolapsus ils séjournent dans le diverticule vésical et donnent naissance à des calculs. Ruysch a signalé plusieurs cas de calculs siégeant dans le diverticule vésical. M. Varnier dans un excellent mémoire cite 39 cas de calculs formés dans le cours de cystocèle.

On voit donc que les calculs vésicaux tout en n'étant pas très fréquents ne sont pas aussi rares que le prétendait Leroy d'Etiolles dans son *Traité pratique de la gravelle* où il dit ceci : « Rarement la hernie de la vessie se trouve compliquée de calcul et ce n'est qu'un petit nombre de fois qu'on a trouvé des pierres soit dans la portion herniée soit dans la partie restée en place : » M. Varnier n'est pas de cet avis puisqu'il dit que « sans paraître très fréquentes les complications calculeuses de

la procidence utérine ne sont pas aussi exceptionnelles que le dit Leroy d'Etiolles ».

Peut-être faut-il se demander si dans certains cas les calculs vésicaux n'ont pas une autre source chez les femmes atteintes de prolapsus, que la stagnation de l'urine dans la vessie, on observe souvent chez ces malades une ptose généralisée pouvant faire penser à un ralentissement de la nutrition, les phénomènes d'assimilation et de désassimilation ne se font plus et on voit alors paraître la gravelle urique.

POLLAKIURIE

Dans tous les cas de prolapsus utérin que nous avons observés dans le service de M. le professeur Guyon, les malades avaient de la pollakiurie ; en effet, lorsque l'utérus atteint un certain degré de prolapsus, tout son poids se porte sur le col de la vessie, et dans ce cas les malades éprouvent de continuels besoins d'uriner, mais comme lorsqu'elles ont uriné elles ne sont pas soulagées, puisque la cause qui a provoqué le réflexe persiste, elles ne tardent pas à faire de nouveaux efforts et ces efforts continuels déterminent avec le temps le *tenesme* douloureux que l'on observe souvent chez ces malades. Cette cause de la pollakiurie paraît en effet être la véritable lorsqu'on envisage les caractères qu'elle affecte, en effet ces mictions fréquentes n'ont lieu que dans la station debout et dans la marche, au contraire sous l'influence du repos et de la position couchée les phénomènes

disparaissent, il n'est pas nécessaire, comme cela a lieu chez les calculeux, que les malades aient des fatigues, des secousses, ou qu'elles soient soumises à un mouvement quelconque pour que les envies d'uriner se manifestent, la simple station debout suffit, et cette pollakiurie qui généralement disparaît totalement dans la position couchée, était déjà très diminuée dans la station assise chez les malades que nous avons observées.

Cette pollakiurie devient souvent douloureuse à la longue, surtout par suite du ténésme vésical. Mais douleurs et mictions fréquentes peuvent être dues aussi à la congestion passive dont la vessie est le siège par suite de son déplacement ; peut-être aussi pourrait-on chez quelques malades incriminer un état général coïncidant avec la ptose généralisée qu'on observe chez beaucoup de femmes atteintes de prolapsus, état général caractérisé par de l'artério-sclérose qui amènerait, ainsi que l'a très bien montré M. le professeur Guyon, une sorte de prostatisme chez les femmes, lorsqu'elles atteignent un certain âge (1). Nous pourrions ainsi expliquer les quelques cas où nous avons observé la fréquence des mictions la nuit chez nos malades, alors que rien ne pouvait expliquer cette fréquence nocturne.

1 Olivier cité par Emmet a fait des examens histologiques à la suite d'une amputation du col pour un prolapsus, et il a en effet trouvé des lésions d'artério-sclérose localisée.

Nous en reparlerons d'ailleurs au chapitre du diagnostic.

Enfin nous rappellerons que cette pollakiurie peut quelquefois être causée par la gravelle urique qui coïncide avec le prolapsus.

CYSTALGIE — DYSURIE

La dysurie est facile à expliquer par les vices de position de l'utérus et de la vessie que nous avons mentionnés, et par ce fait que dans certains cas les malades sont obligés de réduire d'abord leur prolapsus pour uriner.

Cette dysurie est aussi caractérisée par des efforts que la malade est obligée de faire pour amener l'émission de quelques gouttes d'urine, elle est encore caractérisée par les douleurs qu'éprouvent généralement les femmes au niveau du méat et de l'urèthre, douleurs consistant en des sensations de brûlures, de piqures, d'élancement, alors même qu'il n'y a aucun degré de cystite et en l'absence d'uréthrocèle.

En même temps que ces phénomènes de dysurie on rencontre souvent de la cystalgie ; cette cystalgie nous a paru intéressante en ce qu'elle constitue une de ces formes frustes de troubles urinaires qui accompagnent le prolapsus ; elle est causée par ce prolapsus souvent peu apparent, et elle

peut en être le seul élément de diagnostic, elle se présente avec les symptômes fonctionnels de la cystite, sans que la vessie présente aucune trace d'inflammation, sans que l'urine subisse aucune altération (1). Les douleurs se présentent d'abord d'une façon vague, puis elles augmentent avec le temps, s'exagérant dans la station debout, ne se faisant d'abord sentir qu'au moment des mictions qui présentent les caractères de fréquence et les douleurs que nous avons décrits. Quelquefois cependant, cette cystalgie n'est pas accompagnée de pollakiurie ; et chose curieuse, les douleurs qui la caractérisent peuvent disparaître pendant des périodes plus ou moins longues, même malgré certaines fatigues, tandis que dans d'autres cas, elles persistent quel que soit le traitement, et sans un examen minutieux de la malade et un interrogatoire très serré, rien ne mettrait sur la voie de la véritable cause de cette cystalgie.

Ainsi en lisant l'histoire de la malade du Dr Legueu (Obs. VIII), on ne peut croire à l'existence d'une cystite, pendant des mois les douleurs de cette malade ont persisté seules, cessant la nuit, cessant le jour par le repos, puis à une autre période

1. Il faut en effet, dans ces cas, comme dans tous ceux où on croit se trouver en présence de cystalgie, comme le dit M. Guyon, distinguer des cystalgies les affections douloureuses de la vessie directement liées à un état inflammatoire de ce viscère et que M. Hartmann a décrites sous le nom de cystites douloureuses.

la malade a pu se livrer à des exercices relativement violents sans exagérer cette douleur, au contraire l'usage de la bicyclette l'a calmée, ce qui s'explique très bien si on met cette cystalgie sur le compte du prolapsus. Dans ce cas en effet le périnée était soutenu et la malade soulagée. De plus quand on a une infection de la vessie la douleur en général s'accroît ou s'atténue sous l'influence des traitements divers, tandis que dans notre observation elle est restée stationnaire. Enfin comme M. Guyon l'a bien démontré la cystite est caractérisée par trois phénomènes constants : la fréquence des mictions, la douleur et la pyurie. Or, la malade en question ne présentait que de la douleur.

Donc la cystalgie constitue au cours du prolapsus utérin une de ces formes frustes des troubles urinaires que nous n'avons pas trouvé mentionnées dans les ouvrages que nous avons pu consulter. Cette cystalgie s'accompagne de contractures comme on en rencontre aux cours des inflammations vésicales dans lesquelles, comme l'ont bien établi les travaux de M. Guyon, les douleurs des malades sont liées à l'état de contracture du muscle vésical.

INCONTINENCE

L'incontinence dans le prolapsus est tantôt une fausse incontinence par regorgement survenant lorsque la vessie est trop pleine, dans d'autres cas lorsqu'il y a en même temps pollakiurie on a affaire à une autre fausse incontinence, la vessie peut retenir l'urine, mais son excitabilité est exagérée par l'irritation continuelle à laquelle elle est soumise, soit par la congestion qu'entraîne le prolapsus, soit par le contact direct de la tumeur formée par ce prolapsus ; d'autres malades enfin éprouvent le besoin pressant d'uriner et sont obligés de le satisfaire aussitôt sinon l'urine s'échappe ; enfin dans d'autres cas plus rares on rencontre une véritable incontinence, incontinence spontanée ne survenant que dans la position debout, nous avons observé une malade atteinte de prolapsus qui urinait parfois malgré elle dans le jour lorsqu'elle était debout, ou qu'elle marchait, jamais elle n'a présenté d'incontinence nocturne ; mais c'est là une exception,

l'incontinence des femmes atteintes de prolapsus ne se manifeste généralement qu'au moment où la femme fait un effort quelconque, le rire, la toux, l'éternuement, l'effort fait pour soulever un objet un peu lourd déterminent l'expulsion involontaire de quelques gouttes d'urine, la malade souille ses vêtements ; l'urine ne s'écoule qu'en bavant, souillant la saillie que peut faire le prolapsus, elle cause alors des démangeaisons, une irritation continuelle qui amène les excoriations et les ulcérations dont nous avons parlé et est quelquefois finalement l'origine de fistules vésico-vaginales.

Enfin bien souvent cette incontinence est facilitée par les tiraillements et les déviations que peut subir l'urèthre.

RÉTENTION

Enfin nous avons eu occasion d'observer quelques cas de rétention. Là encore on peut trouver différentes formes, soit dans le prolapsus utérin lui-même, soit dans les cas d'allongement hypertrophique simulant le prolapsus. Tantôt la rétention se produit tout à coup, par exemple, dans les cas de prolapsus survenant brusquement sous l'influence d'un effort, l'utérus vient alors buter par la région cervicale contre la symphyse du pubis et on peut voir survenir une brusque rétention d'urine, cette rétention peut dans d'autres cas être précédée de phénomènes d'irritation vésicale, d'envies fréquentes d'uriner. On peut aussi observer comme dans le cours des fibrômes une rétention survenant par accès.

Enfin, quelquefois on assiste à une rétention volontaire, dans la crainte de douleurs causées par le passage de l'urine, ou par son contact avec la muqueuse vaginale irritée et excoriée les malades retiennent leur miction.

Mais ce sont là des faits assez rares, les quelques malades atteintes de rétention que nous avons observées voulaient uriner mais souvent elles étaient obligées de faire de longs efforts pour vider leur vessie, restant plusieurs minutes sans pouvoir y arriver et y parvenant d'autant moins qu'elles faisaient plus d'effort, l'utérus venant sans doute buter contre la symphyse et comprimer l'urèthre, elles étaient obligées de s'y prendre à plusieurs reprises différentes pour uriner, et n'y parvenaient qu'au prix de douleurs parfois intenses.

Les conséquences de cette rétention sont nombreuses, tantôt c'est la formation de calculs, où leur accroissement quand ils préexistaient (Ruysch, Gosselin), tantôt les dépôts urinaires qui se forment deviennent l'origine d'une cystite accompagnant ces calculs, enfin cette rétention contribue à augmenter la cystocèle, qui existe déjà, la dilatation des uretères, et enfin des troubles rénaux avec toutes leurs conséquences.

Dans ces cas de rétention nous ferons remarquer que le cathétérisme est très difficile, et n'est même souvent possible qu'avec une sonde d'homme recourbé dont la concavité doit être tournée en bas et en arrière.

VALEUR DES TROUBLES URINAIRES AU POINT DE VUE DU DIAGNOSTIC DU PROLAPSUS

Lorsqu'il n'y a pas de cystocèle évidente et que le prolapsus est très peu accentué, on ne pourra souvent le diagnostiquer que grâce à quelques uns des troubles que nous avons étudiés. A ce point de vue, le plus important de ces troubles est la pollakiurie. Mais il faut bien se garder de mettre toutes les mictions fréquentes sur le compte d'un prolapsus, la pollakiurie peut être d'origine nerveuse, il est clair que si on rencontre chez une femme des stigmates hystériques, ou même des signes de neurasthénie intense, cette femme aura le droit d'avoir de la pollakiurie. M. Janet a fort bien étudié dans sa thèse ces différents cas où on se trouve en présence de dégénérés, d'héréditaires, d'individus ayant eu dans l'enfance de l'incontinence nocturne ; il faudra songer aussi aux troubles préataxiques de la miction, au diabète ; mais toutes ces hypothèses pourront être éliminées par un examen attentif de la malade et de ses antécédents, et on pourra

bientôt acquérir une certitude par l'examen direct du vagin. Il faut chercher avec soin, comme nous l'avons vu faire bien des fois par M. le professeur Guyon, s'il n'y a pas un prolapsus peu accentué, voici comment il faut procéder dans ces cas frustes. Il faut, après avoir fait mettre la malade dans la position obstétricale, écarter les petites lèvres, et recommander à la femme de faire un effort, à ce moment la paroi antérieure du vagin bombe, elle fait saillie à la vulve, souvent même il peut arriver dans des formes tout à fait frustes que la partie antérieure de cette paroi antérieure reste fixe, car ainsi que l'a constaté M. Guyon le prolapsus débute souvent par la partie profonde de la paroi antérieure du vagin, on place alors une valve de Sims pour déprimer la paroi postérieure on fait faire des efforts à la malade, on la fait tousser et on voit alors cette partie profonde s'abaisser et avancer en bombant vers la vulve. On voit donc que souvent le prolapsus demande à être recherché.

Il faudra songer enfin au prostatisme chez la femme. M. Guyon nous a souvent fait remarquer dans son enseignement que la pollakiurie se rencontre chez la femme à un certain âge, comme chez l'homme qui est prostatique, on trouve alors de l'artério-sclérose de la vessie et on observe alors une pollakiurie à la suite d'une rétention incomplète d'urine, ces malades ne voient pas leur vessie qui manque de contractilité. Le médecin dans ces cas pourra établir son diagnostic

d'abord par l'examen de l'état des artères qui sont athéromateuses et ensuite en se basant sur l'âge de la femme, le prostatisme se rencontrant rarement chez les jeunes femmes. Il est vrai que souvent à un âge avancé prostatisme et prolapsus peuvent se rencontrer mais il est rare que dans ces cas on soit en présence d'une forme fruste de prolapsus.

Le diagnostic de tous ces cas sera d'autant plus utile que la restauration de la paroi vaginale reste sans action sur les troubles qui ne sont pas dus au prolapsus.

Il faudra aussi songer à l'incontinence d'origine nerveuse, à la rétention nerveuse (car nous n'avons à envisager que ces cas qui peuvent prêter à des erreurs avec le diagnostic qui nous occupe, l'étude des autres causes d'incontinence et de rétention ne rentrant pas dans le cadre de ce travail). L'absence de tout phénomène nerveux dans l'état du malade et l'examen du vagin comme nous l'avons indiqué feront éliminer ces deux hypothèses.

TRAITEMENT

Nous ferons remarquer, avant tout, l'insuffisance des pessaires, toutes les malades que nous avons observées ont porté des pessaires ; celui-ci empêchait peut-être le prolapsus d'augmenter, mais il ne diminuait en rien les troubles urinaires et finalement les malades y renonçaient.

Dans la cystocèle rebelle on a proposé de fixer la vessie à la paroi abdominale, de faire une cystopexie, mais cette opération n'a pas donné les résultats qu'on en attendait, l'hystéropexie suivie de la colporraphie antérieure lui est préférable.

Alexander pensait à juste titre que la cystocèle est la lésion tenace et persistante, ainsi que la complication la plus commune du prolapsus. En cela il avait raison, mais il avait tort, après avoir fait la colpopérinéorraphie, de vouloir lui associer le raccourcissement des ligaments ronds. En effet, comme le fait remarquer M. Doléris « le raccourcissement des ligaments ronds en appliquant l'utérus contre la paroi vésicale postérieure tend à

aplatir la vessie contre le pubis et après l'opération une poche inférieure sous-pubienne persiste, c'est la cystocèle. » Aussi M. Doléris propose-t-il de restaurer d'abord le vagin avant de raccourcir les ligaments ronds, donc le traitement de choix est la colporraphie antérieure et quelquefois la colpopérinéorrhaphie. Chez toutes les malades que nous avons observées tous les troubles urinaires avaient ou totalement disparu ou considérablement diminué à la suite de ces opérations.

Il est évident que si on se place simplement au point de vue des troubles urinaires la restauration de la paroi antérieure du vagin seule devrait suffire celle-ci soutenant la vessie, mais pour que cette paroi antérieure soit un assez bon soutien il faut qu'elle-même soit soutenue par la paroi postérieure et par un périnée intact, le manque de solidité de l'une entraînant l'effondrement de l'autre, il est donc clair que bien souvent il faudra associer à la colporraphie antérieure pour avoir un résultat complet et durable la colpopérinéorrhaphie, ainsi que nous le disions tout à l'heure. C'est le procédé que nous avons toujours vu pratiqué avec succès dans le service de M. le professeur Guyon. Chez toutes les malades que nous avons eu l'occasion de revoir après ces opérations, les troubles urinaires avaient ou totalement disparu ou considérablement diminué.

Ce traitement est tout indiqué dans les cas de prolapsus accentué, mais une question se pose.

Faut-il intervenir dans les cas de prolapsus léger? M. Guyon même dans ces cas n'hésite pas à conseiller l'opération qui d'ailleurs est peu grave.

Il ne faut donc pas se dire qu'étant donné le peu d'intensité du prolapsus on peut le négliger. Non nous pensons avoir montré que les troubles urinaires étaient quelquefois très accentués avec un prolapsus léger ; or, ces troubles sont assez importants et occasionnent aux malades une gêne assez sérieuse pour indiquer nettement une intervention qui seule peut soulager la malade. Donc même dans ces prolapsus peu accentués il faudra intervenir en rendant à la vessie le soutien qui lui manque, c'est-à-dire en pratiquant la colpopéri-néorrhaphie.

CONCLUSIONS

1° Lorsque les prolapsus ne se produisent que longtemps après un accouchement, que le périnée ait été ou non déchiré, les troubles urinaires sont quelquefois les premiers signes qui attirent l'attention des malades et du médecin ;

2° La cystocèle, tout en étant la complication la plus fréquente, passe quelquefois au second plan et est si peu accentuée qu'elle resterait inaperçue sans les troubles urinaires qui l'accompagnent et qui indiquent qu'elle doit être recherchée avec soin.

3° Ces troubles peuvent se présenter sous la forme fruste de cystalgie. Les autres troubles de dysurie consistent surtout dans la pollakiurie ; et en seconde ligne l'incontinence diurne, la rétention, le ténesme et des sensations de brûlures assez accentuées ;

4° Tous ces troubles urinaires ne sont nullement en rapport avec le volume de la cystocèle ;

5° Le seul traitement de ces troubles de la miction même dans les prolapsus légers est la restauration du vagin par la colporrhaphie et la colpoperinéorrhaphie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Recueillie dans le service de M. le professeur Guyon. Prolapsus utérin. Colporrhaphie. Pollakiurie. Incontinence.

La nommée V... Philomène, cuisinière, âgée de 43 ans, entrée le 10 octobre 1894, à l'hôpital Necker, salle Laugier, n. 21, dans le service de M. le professeur Guyon.

Rien à noter dans les antécédents, sauf un peu de nervosisme du côté de la malade elle-même et de quelques-uns de ses ascendants et une pneumonie il y a 5 ans, à l'occasion de laquelle elle est restée quatre mois à l'Hôtel-Dieu.

Réglée à 12 ans.

Pas d'enfants. Pas de fausses couches. Bien réglée jusqu'à 41 ans, époque de la ménopause.

Jusqu'il y a deux ans, absolument aucun trouble de la miction, des besoins, qui n'avaient jamais été impérieux, étaient toujours très espacés, la malade pouvait rester presque une journée sans uriner.

Il y a 18 mois, cet état de choses commença à se modifier et cela d'une façon rapide, sans qu'aucune cause occasionnelle

permet à la malade de s'expliquer les troubles qui se produisaient.

Petit à petit apparaît de la *fréquence de la miction* allant croissant, si bien que, durant les dernières semaines qui précéderent son entrée à l'hôpital, la malade avait des besoins tous les 1/4 d'heure ou toutes les 10 minutes, dans les conditions que nous allons indiquer.

Les besoins étaient en même temps devenus très impérieux, si bien que, s'ils n'étaient pas satisfaits dès qu'ils se faisaient sentir, de petites quantités s'écoulaient involontairement.

Il en était de même dès que la malade faisait un effort, toussait ou se mouchait.

Les choses étaient ainsi lorsque la malade, debout, vaquait à ses occupations, marchait.

La fréquence était beaucoup moins grande lorsqu'elle pouvait rester un certain temps assise; les derniers temps avant son entrée à l'hôpital elle pouvait rester une heure assise sans uriner mais pas davantage.

Dans le décubitus dorsal, la nuit, tous ces troubles disparaissent, la malade ne se relevait jamais pour uriner, il n'y a jamais de miction involontaire au lit.

A part cela, aucun trouble de la miction, pas de douleurs d'aucune sorte ni à aucun moment, pas d'hématuries, urines claires.

Excellent état général.

Examen. — Col petit, allongé. Utérus petit et entièrement mobile. On ne sent pas les annexes. Cystocèle.

Ganglions inguinaux très augmentés de volume.

Le 11 octobre. — Le repos calme la fréquence; hier (la malade étant restée couchée la plus grande partie de la journée) elle n'a uriné que trois fois.

Le 20 octobre. — La malade étant au repos, la fréquence est normale.

Le 25 octobre. — *Opération.* — On fait une colporrhaphie antérieure.

Le 27 octobre. — La malade va bien.

Le 31 octobre. — La suture se ferme bien.

Le 20 novembre. — Depuis son opération, la malade se trouve tout à fait bien de nouveau : elle n'urine que toutes les 1 h. 1/2 ou 2 heures, quand elle est debout, dans la journée. Elle se lève depuis 8 jours, et actuellement va et vient la plus grande partie de la journée dans la salle, aidant les infirmières, c'est dans ces conditions qu'elle n'urine plus que toutes les deux heures.

Assise, marchant peu, elle resterait bien une demi-journée sans uriner.

Le 21 novembre. — Examen de la malade.

Celle-ci a uriné il y a environ une heure, elle ne ressent pas le besoin d'uriner ; sa vessie contient 60 grammes d'urine.

Distension vésicale : elle commence à accuser un léger besoin d'uriner à 320 grammes. La vessie étant ainsi distendue la paroi vésico-vaginale reste régulièrement étalée, il n'y a pas trace de cystocèle.

Au toucher on sent, lorsque le malade fait des efforts, le col utérin descendu presque jusqu'à la vulve, mais la paroi antérieure du vagin ne bombe pas.

OBSERVATION II

(Recueillie dans le service de M. le professeur Guyon).

Prolapsus utérin. Colpopérinéorrhaphie. Cystocèle. Pollakiurie.

La nommée V... Céline, sans profession, âgée de 34 ans, entrée 12 mars 1894, à l'hôpital Necker, salle Laugier, n° 5, dans le service de M. le professeur Guyon.

Antécédents héréditaires. — Mère morte d'un cancer de l'estomac. Père diabétique, mort d'un phlegmon de la main.

Antécédents personnels. — Réglée à 13 ans, régulièrement. Jamais malade antérieurement.

Une couche il y a 12 ans. Couche facile, pas de fausse couche. Enfant vivant. Pertes blanches.

Deux ans après, la malade commence à souffrir dans le ventre, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. Après ses règles, elle a des crises douloureuses, elle éprouve un malaise qui va en augmentant jusque vers le quinzième jour, puis la malade reste fatiguée mais ne souffrant plus, jusqu'à ses règles suivantes.

Actuellement. — Elle a beaucoup maigri, dit-elle. La douleur ne dure que 10 jours. La malade urine peu, mais souvent.

Elle urine fréquemment surtout le jour sans avoir cependant d'incontinence.

Au toucher : on constate un prolapsus utérin avec cystocèle.

Le 16 mars. — La malade préalablement purgée et endormie, on fait sur la paroi antérieure du vagin une incision ellipsoïde dont le grand axe est parallèle à celui du vagin et s'étend du col de l'utérus à la racine du tubercule. On avive toute cette partie en décollant la muqueuse et au moyen de fils de catgut, on affronte les deux bords.

On fait ensuite une seconde incision de la partie inférieure de la vulve, au niveau de l'union de la partie muqueuse et de la partie cutanée. On dissocie avec le bistouri les parois vaginale et rectale. Puis soulevant en haut la paroi vaginale postérieure ainsi décollée, on suture avec des fils d'argent les deux bords périnéaux sur lesquels on tire pour de transversaux les rendre verticaux. A la partie supérieure on suture le lambeau de la paroi vaginale avec ce qui reste de la portion périnéale.

L'amputation du col de l'utérus n'est pas faite quoique ce col de l'utérus soit hypertrophié, la présence d'une petite tumeur dans le côté gauche du petit bassin faisant croire à un abcès de l'ovaire ou des trompes et contr'indiquant une intervention sur l'utérus. On panse à l'iodoforme.

On ne laisse pas à la malade de sonde à demeure de peur de l'infecter. On préfère la sonder chaque fois qu'elle en aura besoin.

Le 4 avril. — La malade quitte l'hôpital beaucoup améliorée. Il reste cependant un léger degré de cystocèle. Mais les mictions sont beaucoup moins fréquentes qu'auparavant.

Revue le 8 mai.

Le prolapsus a complètement disparu. La vulve reste hermétiquement close, même pendant les efforts.

Les besoins d'uriner fréquents ont disparu, pas de miction nocturne.

N'a pas encore repris ses rapports sexuels.

OBSERVATION III

Recueillie dans le service de M. le professeur Guyon.
Prolapsus utérin. Colporrhaphie. Cystocèle. Pollakiurie.

La nommée P... Elise, âgée de 48 ans, femme de ménage, entrée le 10 janvier 1894 à l'hôpital Necker, salle Laugier, n. 20, dans le service de M. le professeur Guyon.

Réglée à 15 ans. Toujours bien réglée.

A eu deux enfants. Première couche à 31 ans, accouchement laborieux, enfant mâle actuellement vivant.

Deuxième couche à 34 ans. Accouchement normal, petite fille vivante bien portante.

N'a jamais été malade, jamais de métrorrhagies. Jamais de pertes blanches. Constipation ordinaire.

Ménopause il y a un an.

Actuellement. — Prolapsus utérin ; l'utérus descend jusqu'à la vulve. D'après les renseignements donnés par la malade le début des symptômes paraît remonter à deux mois. La malade éprouve des sentiments de pesanteur et des douleurs dans le bas-ventre, douleur sur tout marquée au moment de la miction, envies d'uriner fréquentes. Quelquefois douleur dans la région lombaire.

Dans la position debout. Cystocèle très accentuée.

Rectocèle peu marquée.

L'utérus est à deux phalanges de la vulve, il n'est pas volumineux, le col est légèrement entr'ouvert. Cystocèle accentuée seulement depuis un mois.

Le 8 février 1894. — *Opération.*

1° Colporrhaphie antérieure : Avivement losangique, suture au catgut. Surjet.

2° Colpopérinéorrhaphie par avivement simple. Sutures profondes au fil d'argent. Sutures superficielles à la soie. Pas incident.

Les fils de soie ont été enlevés le septième jour et les fils d'argent le quatorzième jour.

Le 6 mars. — La malade quitte le service, les troubles de la miction ont tout à fait disparu, la malade ne souffre plus, et les envies d'uriner son moins fréquentes.

OBSERVATION IV

Recueillie dans le service de M. le professeur Guyon.
Prolapsus utérin, Colporrhaphie antérieure. Cystocèle.
Pollakiurie. Néphralgie.

La nommée S... Mathilde, sans profession, âgée de 24 ans, entrée le 27 mars 1895, à l'hôpital Necker, salle Laugier, n° 10, dans le service de M. le professeur Guyon.

Deux enfants : le premier il y a 6 ans, le deuxième il y a 2 ans 1/2.

Un médecin aurait constaté la présence d'un léger prolapsus de l'utérus au cinquième mois de cette dernière grossesse.

Accouchement prématuré, spontané à 7 mois.

Depuis lors elle souffre de troubles qu'elle attribue tous à un léger degré de cystocèle qu'elle présente.

Dans la station debout, la marche, les efforts, sensation de pesanteur avec tiraillements lombaires qui donneraient naissance à des troubles nerveux variés, douleurs épigastriques, sensation de malaise général, etc.

Dans les mêmes circonstances (station debout) fréquence des mictions, toutes les 2 heures; lorsque la malade est assise les besoins sont beaucoup moins fréquents, la nuit elle ne se relève pas; les urines sont claires. Pas de douleur de la miction. La malade se plaint de douleurs rénales des deux côtés, mais on ne sent rien du côté des reins.

Malade très nerveuse, a eu des crises de nerfs.

Examen. — Léger degré de chute de l'utérus, légère impulsion par l'effort, mais l'utérus reste fixé.

On constate un très léger degré de cystocèle.

Le 29 mars. — *Chloroformisation* : Dissection de la muqueuse sur la paroi vaginale, de forme losangique de six centimètres de long sur trois de large ; réunion par un surjet au catgut.

Pansement iodoformé.

Le 30 mars. — Pas de température, la nuit a été calme.

Le 1^{er} avril. — Pansement renouvelé.

Le 15 avril. — Les pansements sont renouvelés tous les deux jours, état général et local excellents.

Le 20 avril. — La malade se lève.

Le 21 avril. — La malade ne ressent plus de douleur dont elle se plaignait avant son opération ; elle urine toutes les trois heures environ, la station debout est sans influence sur la fréquence.

Le 27 avril. — La malade quitte le service, ne présentant plus aucun trouble urinaire.

OBSERVATION V

Recueillie dans le service de M. le professeur Guyon.
Prolapsus utérin. Périnéorrhaphie. Cystocèle légère. Troubles urinaires accentués.

La nommée P... Anna, journalière, âgée de 47 ans, entrée le 4 mars 1895, à l'hôpital Necker, salle Laugier, n° 18, service de M. le professeur Guyon.

A eu un enfant il y a 7 ans. Depuis ce moment, prolapsus utérin, qui apparaît à la vulve ; sensation de tiraillement dans tout le bas-ventre. Gêne de la miction depuis 3 mois environ se traduisant par l'émission involontaire de quelques gouttes d'urine au moment des efforts et par de la fréquence le jour, sans douleur, la nuit les mictions tout en étant moins fréquentes que le jour

forcent cependant la malade à se relever deux ou trois fois. Il n'y a aucune douleur lombaire, pas de symptômes de brightisme; urines claires; pas d'albumine. Leucorrhée peu abondante.

Examen. — Uterus prolabé. Col hypertrophié. Cystocèle très peu accentuée.

Le 8 mars. — *Opération.* — Chloroformisation. Dissection de la paroi recto-vaginale sur deux centimètres de largeur, l'incision va jusqu'au périnée. Le lambeau compris entre les deux incisions est réséqué, les deux lèvres rapprochées et unies par une suture au catgut. Suture du périnée à l'aide de fils d'argent.

Le 9 mars. — Nuit calme. Etat général satisfaisant. Pansement renouvelé.

Le 17 mars. — Les fils d'argent sont enlevés. Etat général satisfaisant.

La malade reste dans le service jusqu'au 12 avril. La malade debout, présente encore un léger degré de prolapsus, notamment lorsqu'elle fait un effort; mais elle ne présente plus aucun des troubles qui l'ont poussée à se faire opérer.

Elle urine toutes les 3 heures environ.

L'état général est excellent.

OBSERVATION VI

Recueillie à l'hôpital Necker.

Prolapsus utérin. Colpopérinéorrhaphie. Rétention et incontinence.

La nommée C..., Virginie, couturière, âgée de 58 ans, entrée le 1^{er} février 1894, à l'hôpital Necker, salle Laugier, n° 14, dans le service de M. le professeur Guyon.

Parents bien portants. Pas de hernies dans la famille. A eu deux grossesses, la première à l'âge de 23 ans, la seconde à 27 ans.

La malade a travaillé debout toute sa vie.

Le début des troubles actuels remonte à l'âge de 29 ans. La malade sent une grosseur entre les cuisses. Elle va consulter un médecin qui reconnaît le début d'un prolapsus utérin et ordonne l'application d'un pessaire. Mais la malade ne pouvant supporter cet appareil, dont elle n'éprouvait aucun soulagement, l'enlève après quelques jours.

A ce moment aucun trouble de défécation ou de miction.

Il y a 3 ans, le prolapsus est complet, avec renversement du vagin.

Il y a 2 ans, application d'un premier hystérophore, qui soutient bien l'utérus, puis après quelques semaines apparaissent de légers troubles urinaires consistant en ténésme vésical.

Il y a 1 an, application d'un nouvel hystérophore, qui ne change en rien les troubles dont se plaint la malade.

Actuellement. — La malade accuse quelques douleurs consistant en sensations de brûlure en urinant, et qui existent depuis trois mois. Ces douleurs sont fugaces et peu intenses. La malade a aussi des envies d'uriner qu'elle ne peut satisfaire, plusieurs fois par jour, elle reste 5 à 10 minutes voulant uriner et ne pouvant pas se satisfaire, ce qui s'explique par le déplacement de la vessie. Puis après quelques instants quelques gouttes d'urine s'échappent toutes seules.

Le prolapsus utérin est complet et entièrement réductible.

La cystocèle est totale. Peu de rectocèle.

Le vagin est cutanisé. Le col de l'utérus est excorié. Ces deux états sont dus sans doute à l'irritation causée par l'urine qui s'échappe de la vessie et irrite le col.

Les dimensions de l'utérus sont impossibles à examiner.

Le 23 février. — *Opération.* — Colpopérinéorrhaphie. Procédé de Martin, laissant au vagin un calibre amplement suffisant pour admettre le doigt.

Elythrorrhaphie antérieure, avivement losangique, longue suture au catgut.

Amputation sus-vaginale du col. Les culs-de-sac antérieur et postérieur incisés au bistouri, on double le tissu cellulaire qui entoure l'isthme, deux fils sont passés sous la paroi latérale, puis saisissent les artères utérines et le col est sectionné. Suture du vagin au moignon.

Le 8 mars. — On enlève les fils.

Le 18 mars. — La malade quitte l'hôpital en parfait état. Elle est opérée depuis près d'un mois et tous les troubles de la miction ont disparu.

OBSERVATION VII

Recueillie à l'hôpital Necker, service de M. le professeur Guyon.
Prolapsus utérin. Colporrhaphie.

La nommée B... Sophie, sans profession, âgée de 45 ans, entrée le 30 janvier 1894 à l'hôpital Necker, salle Laugier, numéro 15, service de M. le professeur Guyon.

Réglée à 14 ans. Toujours bien réglée. Jamais de pertes blanches.

A eu 6 enfants, 2 sont morts en bas-âge de méningite ; 4 enfants sont vivants et bien portants.

La dernière couche a eu lieu il y a 10 ans.

Il y a 3 ans, à la suite de fatigues provoquées par le port d'objets lourds, ressentit une pesanteur continuelle dans le bas-

ventre, puis survinrent des besoins fréquents d'uriner d'abord le jour, ils étaient calmés par le repos au lit, puis bientôt les phénomènes se produisirent la nuit, les symptômes s'accroissant chaque jour davantage, elle se décida à consulter un médecin qui constata le prolapsus utérin.

Depuis 15 jours, la fréquence des envies d'uriner est telle que toutes les 10 minutes le jour, elle est obligée de se déranger, et elle se relève quatre fois la nuit. Jamais d'hématurie. Les urines sont légèrement troubles mais il n'y a pas de phénomènes de cystite.

Le 5 février. — Opération.

1° Colporrhaphie antérieure. Avivement lozangique. Suture au calgut, surjet.

2° Colpopérinéorrhaphie par avivement simple. Sutures profondes au fil d'argent. Suture superficielle à la soie.

Pas d'incidents.

Les fils de soie ont été enlevés le septième jour et les fils d'argent le quatorzième jour.

Constipation opiniâtre.

Premier lavement le sixième jour.

Purgatif le septième jour.

La malade est sortie guérie le 13 mars. Les envies d'uriner étaient bien moins fréquentes.

OBSERVATION VIII

Communiquée par M. le Dr Legueu, chirurgien des hôpitaux.
Cystocèle légère. Cystalgie.

Le 15 novembre 1894, Madame X... vient me consulter pour des douleurs vésicales dont elle souffre depuis près de dix huit mois.

Mariée elle a eu quatre enfants. Le dernier il y a huit ans. Les accouchements se sont toujours bien passés, elle n'a pas eu de cystite à ce moment.

Il y a 18 mois elle a commencé à souffrir de la vessie, d'abord d'une façon vague, puis les douleurs se sont peu à peu accentuées se sont systématisées, et aujourd'hui la malade peut être très précise dans les caractères de la localisation de ces douleurs.

Le siège de la douleur est très superficiel, elle souffre presque au méat, à la vulve dans la partie antérieure de l'urèthre. Ces douleurs sont caractérisées par des brûlures très vives, très pénibles qu'elle éprouve dès qu'elle est debout elles ne lui laissent que peu de repos et s'exagèrent beaucoup dès que les dernières gouttes d'urine s'échappent. Il se produit à ce moment une recrudescence de la douleur qui ne dure que quelques secondes mais est réellement très pénible. La nuit la douleur cesse et ne se reproduit qu'avec la miction.

Le jour au contraire elle se reproduit dès le lever, ne cesse que si la malade s'étend sur une chaise-longue. Elle jouit alors d'un repos complet, mais dès qu'elle remet le pied par terre la même douleur se reproduit.

Et cependant il y a eu depuis dix-huit mois quelques périodes de rémission; à deux ou trois reprises Madame X... est restée quelques semaines sans souffrir, se croyant guérie et sans que cette atténuation des douleurs pût être mise sur le compte d'un traitement quelconque. Elle a fait une remarque assez curieuse elle fait de la bicyclette et cet exercice lui fait beaucoup de bien, et fait disparaître ses douleurs, elle met ce phénomène sur le compte de la distraction.

Malgré les douleurs qu'elle ressent, les mictions ne sont pas fréquentes, quatre ou cinq fois dans la journée, une fois tout au plus la nuit. Il n'y a jamais eu de sang dans les urines, mais les

urines sont troubles et laissent déposer une couche de muco-pus assez abondante.

Cette malade n'est pas restée sans traitement pendant cette longue période et rien de ce qu'elle a fait ne l'a soulagée. Elle a été naturellement traitée par une cystite, par des lavages répétés à l'eau boriquée, mais sans résultats; un spécialiste lui a proposé des instillations de nitrate d'argent qu'elle a jusqu'alors redoutées, mais dont elle venait me demander l'essai. Il fallait d'abord vérifier l'état de la vessie, et voici ce que l'exploration locale m'apprenait : la vessie n'est pas sensible ni au contact ni à la distension. L'urètre est indemne, pas de polype ni de rougeurs au méat. Le point douloureux maximum correspond au point où l'urètre passe sous la symphyse, il n'y a pas cependant d'uréthrocèle, je m'en assure à l'aide d'un explorateur métallique. Les urines présentées par la malade sont presque claires avec un léger nuage au milieu.

L'utérus à peu près est en antéversion, la paroi antérieure du vagin fait un peu prolapsus, le périnée postérieur est mince, la malade raconte qu'elle a eu une déchirure à son dernier accouchement et cette déchirure n'a pas été réparée.

Je pensai de suite à la cystocèle, l'examen au microscope du léger dépôt des urines montre quelques éléments purulents, les quelques instillations argentiques que je fis confiant dans le diagnostic posé antérieurement ne donnent aucun résultat.

L'opération de la réparation périnéale s'imposait nécessairement.

OBSERVATION IX

Communiquée par M. le Dr Touvenaint.
Prolapsus utérin et retroversion. Incontinence d'urine. Cystocèle. Uréthrocèle.

Mme C..., 49 ans, de Paris, vient consulter le Dr Touvenaint le 10 octobre 1894.

Cette dame a eu deux enfants, elle est toujours réglée.

Elle accuse les phénomènes douloureux suivants : Pesanteur périnéale, tiraillements sur les reins, sur les aines. La marche est difficile, fatigante : tout effort est devenu impossible. Elle a de l'incontinence d'urine partielle, quand elle tousse ou qu'elle rit elle laisse échapper quelques gouttes d'urine. Enfin la constipation est opiniâtre.

L'examen fait constater un utérus très abaissé en retroversion ; il existe de plus de la cystocèle et de l'uréthrocèle, pas de rectocèle.

Cette dame accepte l'opération qui lui est proposée, curage, colpopérinéorrhaphie et raccourcissement des ligaments ronds.

Le résultat est très bon, les douleurs ont disparu et la miction est redevenue normale.

OBSERVATION X

Recueillie à l'hôpital Necker.
Prolapsus utérin. Colpopérinéorrhaphie. Dysurie. Pollakiurie.
Polype de l'urèthre.

La nommée Ch..., Aimée, âgée de 50 ans, conciergè, entrée

le 16 juillet 1894, à l'hôpital Necker, salle Laugier, n° 24, dans le service de M. le professeur Guyon.

Aucun antécédent héréditaire.

Antécédents personnels. — Réglée à 18 ans. Toujours irrégulièrement. Les règles douloureuses.

Elle est encore réglée de temps en temps.

Premier accouchement il y a 20 ans, il fut difficile.

Il y a 15 ans, une fausse couche sans complication.

Le dernier accouchement il y a 12 ans. Il y eut déchirure du périnée.

Elle a commencé à souffrir aussitôt son dernier accouchement. Elle ne perdait pas, mais elle sentait une pesanteur dans le bas-ventre, qui était exagérée par la marche et la fatigue, elle éprouve de grandes difficultés pour uriner et a des envies très fréquentes.

On lui prescrit un pessaire, qu'elle a porté pendant 10 ans, sans en éprouver aucun soulagement.

Depuis 3 mois elle ne le porte plus à cause des douleurs qu'elle éprouvait. Elle ressent des douleurs et de la pesanteur dans le bas-ventre.

Elle est entrée à l'hôpital surtout pour des douleurs provoquées par un polype urétral, qu'elle a depuis 7 ans. Elle urine 20 fois le jour et 6 fois la nuit.

Examen. — On constate : 1° la déchirure incomplète du périnée ; 2° le prolapsus de l'utérus ; 3° un petit polype à l'entrée de l'urèthre, et une cystocèle assez accentuée.

Le 20 juillet. — M. Albarran fait une colpopérinéorrhaphie. Le polype est enlevé au thermo-cautère.

Suture au catgut.

Le 8 août. — La malade quitte l'hôpital complètement réta-

blie; les envies d'uriner sont beaucoup moins fréquentes, 6 à 8 fois par jour, et elle n'éprouve plus aucune difficulté.

OBSERVATION XI

Communiquée par M. le D^r Touvenaint.
Prolapsus vagino-utérin. Cystocèle. Dysurie, Pollakiurie.

Mme L..., 38 ans, vient consulter le D^r Touvenaint le 6 mai 1894.

Cette dame a eu six enfants. Toujours bien réglée, elle souffre du ventre et des reins depuis plusieurs années mais principalement depuis son dernier accouchement qui remonte à 3 ans.

Elle se plaint d'une pesanteur périnéale très pénible mais ce qui la fait le plus souffrir c'est l'extrême difficulté qu'elle éprouve pour uriner, tout en ayant des besoins fréquents et pressants; pour rendre la miction plus aisée, elle est obligée, dit-elle : « de se servir de la main et de l'introduire dans le vagin pour repousser la tumeur qu'elle sent à l'intérieur. »

L'examen fait constater un prolapsus utérin assez accentué avec rectocèle, et cystocèle accentuée, le col utérin est allongé et hypertrophié.

Cette malade a porté pendant plusieurs mois un pessaire sans en éprouver un grand soulagement.

Elle accepte l'opération qui lui est proposée, le D^r Touvenaint pratique le curage, l'amputation sus-vaginale du col et la colp-périnéorraphie.

L'examen de la malade quelques semaines après l'opération montre un excellent résultat. Tous les troubles dont se plaignait la malade ont disparu et particulièrement les troubles urinaires.

Dix mois après l'opération la miction est tout à fait normale.

OBSERVATION XV (personnelle).

Prolapsus utérin. Rétention d'urine.

Madame C..., 25 ans, que j'ai eu occasion de voir depuis que j'ai commencé ce travail, souffre d'un prolapsus utérin depuis 4 ans, elle me raconte son histoire qui est la suivante :

Il y a six ans elle a fait une fausse couche de 6 mois, elle s'est évée dès le lendemain, mais la souffrance l'a obligée à reprendre le lit 2 jours après, néanmoins le dixième jour après sa fausse couche elle reprenait sa vie habituelle ; et un mois après elle faisait de l'équitation ; depuis elle a toujours souffert dans le bas-ventre et elle se plaint actuellement d'éprouver une sensation de pesanteur très grande accompagnée de douleurs irradiées dans les cuisses et dans les reins. Elle souffre surtout en urinant d'une cuisson assez intense, elle éprouve fréquemment des besoins d'uriner qu'elle ne peut satisfaire, elle me dit qu'elle reste quelquefois cinq et dix minutes voulant uriner, et y parvenant d'autant moins qu'elle fait plus d'efforts, quelquefois elle est plus d'une demi journée sans uriner et quand enfin elle y parvient, il ne s'échappe qu'une petite quantité d'urine.

Au toucher on sent un utérus assez volumineux descendant presque à la vulve, la vessie n'est pas douloureuse à la pression, je ne trouve pas de cystocèle, mais en sondant la malade qui cependant a uriné quelques instant auparavant je retire environ 200 grammes d'urine. Cette urine est légèrement trouble, mais ne laisse aucun dépôt purulent, il n'y a jamais eu d'hématurie.

Cette dame a essayé sur le conseils d'un médecin de porter un

pessaire, mais n'en a éprouvé aucun soulagement et a dû y renoncer, on lui a proposé la colporrhaphie.

L'opération n'a pas encore été faite, j'ai revu cette malade il y a huit jours, les troubles de la miction sont toujours aussi accentués et n'ont diminué que pendant une période de trois jours où la malade a dû garder le lit pour une indisposition.

BIBLIOGRAPHIE

- GUYON. — Cliniques.
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de Chirurgie.
- Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1891.
- SCHROEDER. — Maladies des organes génitaux de la femme.
- EMMET. — Traité des maladies des femmes.
- GALLARD. — Traité des maladies des femmes.
- DOLÉRIS. — Répertoire d'obstétrique.
- POZZI. — Gynécologie.
- DE SINETY. — Gynécologie.
- COURTY. — Traité pratique des maladies de l'utérus.
- DUTAUZIN. — Thèse de Paris, 1887. Contribution à l'étude de l'étiologie et des symptômes de la chute de la matrice.
- BERRY-HART et FREELAND-BARBOUR. — Manuel de Gynécologie.
- CONDAMIN. — Modifications des rapports de la vessie dans le prolapsus utérin non compliqué de cystocèle. Lyon médical, 1893.
- RICHELOT. — Le prolapsus utérin (Union médicale, 1891).
- TRÉLAT. — Annales de Gynécologie, 1888.
- CHAPUT. — (Semaine médicale) 1890. Des prolapsus génitaux.
- DUPLAY et CHAPUT (Archives de médecine) 1889.

LOSTALOT BACHOUÉ. — Thèse de Paris, 1889. Des troubles viscéraux consécutifs à l'affaiblissement du plancher pelvien chez la femme.

VARNIER. — Des cystocèles vaginales compliquées de calculs.

BONNET et PETIT. — Traité pratique de Gynécologie.

TÉMOIN. — Thèse de Paris, 1889. Contribution à l'étude des prolapsus génitaux.

GAILLARD-THOMAS. — Traité clinique des maladies des femmes.

HARTMANN. — Mémoire sur les névralgies vésicales.

Vu : le Président de la thèse,
GUYON

Vu : le Doyen,
BROUARDE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

TABLE

Avant-propos.....	5
Introduction.....	7
Déformation de la vessie. Changement de direction de l'urètre. Modification des rapports de la vessie. Compression des uretères. Ulcérations de la vessie.....	11
Compression et dilatation des uretères.....	13
Capacité de la vessie.....	14
Ulcération de la vessie.....	15
Prolapsus de la muqueuse uréthrale.....	15
Uréthrocèle.....	15
Cystocèle.....	16
Cystite. Calculs vésicaux.....	19
Pollakiurie.....	22
Cystalgie. Dysurie.....	25
Incontinence.....	28
Rétention.....	30
Valeur des troubles urinaires au point de vue du diagnostic des prolapsus.....	32
Traitement.....	35
Conclusions.....	38
Observations.....	40
Bibliographie.....	59

